

# ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

УДК 37.018.1:376.24  
ББК 449.0.264

ГСНТИ 15.81.21

Код ВАК 19.00.10

**Стещенко Евгения Александровна,**

аспирантка Московского городского психолого-педагогического университета; 127051, г. Москва, ул. Сретенка, 29. Частное учреждение здравоохранения Марфо-Мариинский медицинский центр «Милосердие»; 1190174, г. Москва, ул. Большая Ордынка, 34; e-mail: st\_janny@mail.ru.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ОТНОШЕНИЯ МАТЕРИ К БОЛЕЗНИ ЕЕ РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** отношение матери к болезни ребенка, механизм отрицания, детский церебральный паралич, стиль воспитания, представления о будущем.

**АННОТАЦИЯ.** Статья рассматривает отношение матерей (71 мать) к болезни их детей, страдающих детским церебральным параличом. Рассматривается роль механизма отрицания и, в особенности, установок матери в отношении болезни ребенка. Анализовались оценки матерями тяжести заболевания их детей, отношение к лечению болезни, представления матерей о том, кто ответственен за возникновение болезни, представления о будущем ребенка, эмоции и чувства матерей с учетом тяжести интеллектуального дефекта ребенка. Результатом исследования стало выявление специфики отношения матери к болезни ребенка. Установлено, что не существует значимых различий в отношении матерей к болезни детей с тяжелой и легкой степенью выраженности интеллектуального дефекта; многие матери считают детский церебральный паралич излечимым заболеванием и делают позитивный прогноз на будущее ребенка.

**Steshenko Evgeniya Aleksandrovna,**

Post-graduate Student of Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia.

## RESULTS OF RESEARCH OF MOTHER'S ATTITUDE TO CEREBRAL PALSY OF HER CHILD

**ABSTRACT.** The article considers mothers' attitude to their children's disease (71 mothers), which is cerebral palsy. Much attention is given to the role of denial mechanism, in particular to the attitude of mothers to their children's illness. We investigated mothers' assessment of severity of illness of their children, their attitude to therapy, their ideas about who is responsible for the disease development, their views of the child's future and emotions and feelings that depend on the degree of intellectual disability. The results of the study contain the specifics of mother's attitude to her child's illness. It was found that there is no significant difference between mother's attitude to children with severe and mild degree of intellectual impairment; many mothers believe that cerebral palsy is a curable disease and are positive about the future of the child.

**KEYWORDS:** mother's attitude to the child's disability, mechanism of denial, child with cerebral palsy, educational style, vision for the future.

### Введение

В настоящее время в России широко развивается система реабилитации детей с церебральным параличом в связи с ростом числа новорожденных с данной патологией. Открываются новые реабилитационные центры, поставляется дорогостоящее оборудование, используются новые клинические подходы к восстановлению двигательной функции у детей. Однако по-прежнему недооценивается психологическое состояние матерей, воспитывающих детей с двигательной патологией. Психологическая помощь матерям и психологическое сопровождение практически не оказываются, они остаются один на один с трагедией и справляются с ней доступными им способами. Последствиями такого самостоятельного преодоления ситуации, к сожалению, часто становятся разводы, потеря работы и социальных контактов, депрессия, алкоголизм, гиперопека больного ребенка

либо гипоопека (часто дети передаются на попечение родителям матери или отца) [8]. В результате появляется уже не одна проблема – болезнь ребенка, а множество, в числе которых – распадающаяся семья, проблемы у сиблингов и т.д. В данном исследовании мы изучаем прежде всего позицию отношения матери к болезни ребенка, так как в дальнейшем это поможет наметить определенные шаги к оказанию психологической помощи матерям, что позволит решить сразу несколько основных задач – стабилизировать психологическое состояние матери, укрепить семью, оптимизировать процесс реабилитации ребенка.

**Цель** – изучить отношение матерей к болезни их детей с детским церебральным параличом для разработки программы коррекции и профилактики личностных и семейных сложностей.

### Материалы и методы

Методы исследования включали:

– биографические методы (сбор анамнеза, изучение медицинской документации, заключений ПМПК);

– методы психодиагностики – наблюдение за ребенком, изучение истории болезни ребенка, беседу с матерью (включающую сбор анамнеза, интервью), анкетирование, экспертные оценки, батарею психодиагностических методик, состоящую из:

1. Диагностических заданий для детей, рекомендованных в психолого-педагогических подходах С. Д. Забрамной, И. Ю. Левченко, Е. А. Стребелевой [11; 13] и подобранных с учетом их возраста и возможностей. Диагностировался уровень познавательного и эмоционального развития ребенка, речевые навыки, способность принимать и использовать помощь взрослого, уровень двигательной и коммуникативной активности.

2. Теста-опросника родительского отношения А. Я. Варга, В. В. Столина [14];

3. Методики диагностики отношения к болезни ребенка В. Е. Каган, И. П. Журавлевой [10];

4. Методики «Незаконченные предложения» в разработке А. М. Алексеевой [2];

5. Проективной методики «минисочинение матери» на тему «Что такое ДЦП? Будущее моего ребенка».

6. Методики «Оценка эмоциональной и коммуникативно-поведенческой сферы детей с тяжелыми нарушениями развития» В. В. Ткачевой [8].

7. Анкеты «Определение воспитательских умений у родителей детей с отклонениями в развитии» В. В. Ткачевой [8].

8. Анкеты «Психологический тип родителя» В. В. Ткачевой [8].

9. Авторской схемы дифференциации детей с двигательными расстройствами по тяжести интеллектуального дефекта. Данная схема разработана для более углубленной оценки познавательного развития детей с тяжелыми нарушениями развития. Она позволяет выделить две группы детей в зависимости от уровня их интеллектуального развития:

#### *1 группа (низкий уровень развития)*

Включает детей с тяжелой формой умственной отсталости в сочетании с тяжелыми сенсорными поражениями (слепота, глухота), либо с различными сенсорными нарушениями, не носящими тотального характера, а также аутистические черты характера и различные фобии. У этой группы детей контакт со взрослым отсутствует, либо носит кратковременный характер. Отсутствует или снижена подражательная деятельность. Понимание обращенной речи резко ограничено. Не понимают инструкцию и цель задания или инструкцию вы-

полняют частично. Интерес к игрушкам и взаимодействию неустойчивый или отсутствует. Часто действуют без учета свойств предметов либо учитывают их недостаточно, характер действий – хаотичный, часто используют примеривание и проталкивание. Это свидетельствует о том, что принцип действия ими не осознается. Присущее безразличие к результату своей деятельности. Игровая деятельность отсутствует либо выражается в неадекватных манипуляциях с игрушками. Внимание неустойчивое, произвольная регуляция поведения снижена. Нарушены все или большинство высших психических функций (память, мышление, восприятие, воображение, речь), снижен запас знаний и представлений об окружающем мире, затруднена ориентация в сторонах собственного тела.

#### *2 группа (высокий уровень развития)*

Группу составляют дети, имеющие незначительную задержку психического развития либо дети, у которых уровень интеллектуального развития соответствует возрастной норме или нижней ее границе. Могут быть незначительно снижены некоторые познавательные процессы и внимание. Для этой группы детей также характерно наличие страхов, сложностей адаптации в социуме и в принятии своих особенностей здоровья, нарушение настроения и снижение самооценки. Дети этой группы легко и быстро устанавливают контакт со взрослым, понимают инструкции, выполняют их, проявляют заинтересованность в результате своей деятельности, после обучения способны выполнять задание самостоятельно или с незначительной помощью взрослого. Переносят полученный опыт на похожие задания. Запас знаний об окружающем мире сформирован или недостаточен. Дети ориентированы в собственном теле, окружающем пространстве. Они осознают свое отличие от обычных детей, испытывают переживания в отношении своего дефекта.

Исследование проводилось с 2011 по 2014 гг. на базе частного учреждения здравоохранения Марфо-Мариинского медицинского центра реабилитации детей с ДЦП «Милосердие», г. Москва.

Выборка состояла из 71 ребенка в возрасте 3–8 лет, больных ДЦП с опорно-двигательными нарушениями различной степени выраженности, и их матерей (71).

Статистический анализ данных проводился с помощью пакета SPSS (ver.19). Для анализа полученных результатов при сравнении групп испытуемых использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок, корреляционный анализ проводился с помощью коэффициента ранговой

корреляции Спирмена. Соотношение результатов, полученных с помощью проективных методик, в разных группах испытуемых оценивалось с помощью таблиц сопряженности и критерия хи-квадрат Пирсона.

### Результаты

В исследовании приняли участие 39 мальчиков и 32 девочки (таблица 1). Они распределились по группам развития следующим образом:

**Таблица 1**

Распределение больных по полу в группах с высоким и низким уровнем развития

группа развития ребенка	мальчики	девочки	всего
высокий уровень развития (2гр.)	48,8% (n=21)	51,2% (n=22)	100% (n=43)
низкий уровень развития (1гр.)	64,3% (n=18)	35,7% (n=10)	100% (n=28)

В группе с высоким уровнем развития соотношение мальчиков и девочек пример-

но одинаковое, а в группе с низким – преобладают мальчики.

**Таблица 2**

Соотношение групп развития и способности к самостоятельной ходьбе

детская выборка		способность к ходьбе		всего
		ходит	не ходит	
группа развития ребенка	высокий уровень развития	72.1% (n=31)	27.9% (n=12)	100% (n=43)
	низкий уровень развития	21.4% (n=6)	78.6% (n=22)	100% (n=28)

Из таблицы 2 видно, что дети с высоким уровнем развития в большинстве случаев передвигаются самостоятельно, а в группе с низким развитием – наоборот, у детей в большинстве случаев отсутствует способность к ходьбе.

Возраст обследованных матерей колебался от 26 до 50 лет.

54 матери (76%) имели высшее образование, 17 матерей – средне-специальное.

60 матерей не работали, 11 – имели постоянное место работы.

Состав семьи представлен в таблице 3.

**Таблица 3**

Соотношение состава семьи в группах детей по уровню развития

материнская и детская выборки		состав семьи		всего
		полная	неполная	
группа развития ребенка	высокий уровень развития	72.1% (n=31)	27.9% (n=12)	100% (n=43)
	низкий уровень развития	57,1% (n=16)	42,9% (n=12)	100% (n=28)

Из таблицы 3 видно, что полные семьи чаще встречаются в группе с высоким уровнем развития детей, а неполные – в группе с

низким развитием. Однако различие по критерию хи-квадрат не достигло статистически значимого уровня ( $p=0,193$ ).

**Таблица 4**

Распределение ответственности, возлагаемой матерями за возникновение болезни у детей с высоким и низким уровнем развития

материнская и детская выборки		ответственность за болезнь			всего
		никто	врачи	сама	
группа развития ребенка	высокий уровень развития	46.2% (n=18)	35.9% (n=14)	17.9% (n=7)	100% (n=39)
	низкий уровень развития	39.3% (n=11)	60.7% (n=17)	0.0% (n=0)	100% (n=28)

Из таблицы 4 мы видим, что в группе с низким развитием ребенка никто не приписывает ответственность за возникновение заболевания себе, но часто – врачам, а в группе с высоким развитием есть группа матерей, приписывающих вину себе, врачам, и относительно часто – «никому» (среды ответов: «судьба», «стечение обстоя-

тельств», «внутриутробная инфекция», «что-то пошло не так во время беременности»). Различия достоверно по критерию хи-квадрат на уровне  $p=0.025$ . То есть, матери детей с низким уровнем развития достоверно чаще возлагают ответственность за возникновение болезни у ребенка на врачей, участвовавших в родовспоможении.

Таблица 5

Соотношение установок матерей в отношении лечения болезни детей с высоким и низким уровнем развития

Материнская и детская выборки		установки в отношении лечения				всего
		«излечима»	«неизлечима»	«возможна только реабилитация»	другое	
группа развития ребенка	высокий уровень развития	44 %	14.6%	26.8%	14.6%	100%
	низкий уровень развития	37.0%	22.2%	29.6%	11.2%	100%

В таблице 5 представлено отношение матерей к лечению болезни детей. Значимых различий между группами не обнаружено: критическое значение  $\chi^2$  при

уровне значимости  $p<0.05$  составляет 7.815. Связь между факторным и результативным признаками отсутствует, уровень значимости  $p>0.05$ ).

Таблица 6

Оценка матерью тяжести заболевания своего ребенка в зависимости от уровня его развития

Материнская и детская выборки		оценка матерью тяжести заболевания			всего
		«болезнь не самая тяжелая»	«болезнь очень тяжелая»	другое	
группа развития ребенка	высокий уровень развития	25.0%	52.5%	22.5%	100%
	низкий уровень развития	33.3%	48.2%	18.5%	100%

Как в группе матерей детей с тяжелой степенью поражений, так и в группе матерей, дети которых имеют легкую степень нарушений, есть матери, преувеличивающие и преуменьшающие тяжесть заболевания ребенка (таблица 6). Отмечается тенденция к тому, что матери детей с более легким вариантом заболевания чаще преувеличивают его тяжесть. Среди матерей пациентов с низким уровнем развития чаще встречались объективные оценки заболевания как «очень тяжелого». Различия между группами не значимы: критическое значение  $\chi^2$  при

уровне значимости  $p<0.05$  составляет 5.991. Связь между факторным и результативным признаками отсутствует, уровень значимости  $p>0.05$ ).

Из таблицы 7 следует, что представления о будущем не отличаются у матерей в зависимости от группы развития их ребенка (критическое значение  $\chi^2$  при уровне значимости  $p<0.05$  составляет 7.815. Связь между факторным и результативным признаками отсутствует, уровень значимости  $p>0.05$ ). Как в первой, так и во второй группах преобладает позитивное представление о будущем ребенка.

Таблица 7

Соотношение прогноза матерей на будущее их детей  
в группах с высоким и низким уровнем развития

Материнская и детская выборки		прогноз на будущее ребенка				Всего
		позитивное, в пределах возможно- стей ребенка	позитивное, выходящее за пределы воз- можностей ребенка	негативное	неопределен- ное	
группа развития ребенка	высокий уровень развития	66.7%	21.4%	4.8%	7.1%	100%
	низкий уровень развития	59.3%	11.1%	7.4%	22.2%	100%

Таблица 8

Распределение эмоций у матерей в связи с болезнью детей в зависимости от уровня развития

Материнская и детская выборки		тревога	вина или стыд	различные страхи	страх за будущее ребенка	печаль	боль и разочарование	любовь	отрицание чувств
группа развития	высокий уровень развития	24.4%	19.5%	53.7%	12.2%	24.4%	12.2%	0.0%	17.1%
	низкий уровень развития	7.4%	11.1%	63.0%	22.2%	40.7%	22.2%	14.8%	3.7%

В таблице 8 представлены следующие группы эмоций, обозначенные матерями в проективных методиках: «наличие тревоги», «наличие вины и /или стыда», «наличие различных страхов», «наличие печали и/или грусти», «наличие усталости и/или боли, и/или разочарования», «наличие любви к ребенку», отрицание каких-либо чувств. Различия по критерию хи-квадрат не достигло статистически значимого уровня (критическое значение  $\chi^2$  при уровне значимости  $p < 0.05$  составляет 14.067. Связь между факторным и результативным признаками отсутствует, уровень значимости  $p > 0.05$ ).

### Обсуждение

Итак, мы выявили некоторые особенности в отношении матерей к болезни ребенка с церебральным параличом. В группе с низким развитием детей матери считают в 60,7% случаев, что в болезни ребенка виноваты врачи, в то время как в группе с высоким развитием так считают лишь 35,9%. Заметим, что в группе с низким развитием ни одна из матерей не взяла на себя ответственность за болезнь. 39,3% матерей этой группы считают, что никто не виноват в болезни ребенка (называют экологические факторы, судьбу, стрессы). В группе с высоким развитием большее число матерей считают, что в болезни ребенка никто не виноват (46,1%).

Данная закономерность, вероятно, связана с психологическим механизмом отрицания. В соответствии со стадиями переживания утраты, отрицание диагноза заболевания – это самая первая реакция родителей. Многие матери останавливаются на этой стадии, считая, что диагноз установлен неправильно и со временем ситуация исправится: с ребенка снимут статус инвалидности, а семья навсегда забудет о том, что была такая проблема.

Чтобы избежать осознания, мать вынуждена отречься от своих собственных чувств, своей депрессии, гнева и горя, замо-

раживая их глубоко внутри или скрывая их за гиперопекой. Заболевание ребенка представляет собой угрозу для материнского чувства собственного достоинства. Это ощущение может стать настолько невыносимым, что родители начинают искать у себя и своих родных подтверждения в том, что они «не виноваты» в этом ограничении, и обвинять партнера в том, что он является «причиной» заболевания ребенка [15]. Трудно расстаться с «ребенком своей мечты» и полюбить реального ребенка, который не оправдал надежд [15]. Чем более выражена патология у ребенка, тем отчетливее разница между ним и «ребенком мечты». Груз вины за заболевание оказывается невыносим для психики матери, она пытается его облегчить путем переноса ответственности на врачей, которые вели процесс родов. Принятие ответственности за заболевание ребенка на себя равносильно для матери поражению во многих сферах ее жизни. Поэтому она бежит от осознания реальности случившегося. Из логики бессознательного следует, что если в болезни ребенка виноваты врачи, значит, остается надежда, что найдутся другие врачи, которые помогут. Так психологически замыкается порочный круг бесконечного поиска исцеления.

Многие из матерей считают детский церебральный паралич излечимым заболеванием (43,9% – в группе с высоким уровнем развития детей и 37% – в группе с низким уровнем). Однако известно, что данное заболевание неизлечимо, требует пожизненной реабилитации, которая улучшает его течение и прогноз. Остальные респондентки считают, что «возможна реабилитация» в 26,8% и 29,6% (в группах с высоким и низким уровнями развития детей соответственно), «болезнь неизлечима» 14,6% и 22,2% (в группах с высоким и низким уровнями развития детей соответственно) и «другое».

52,5% матерей детей с высоким уровнем развития и 48,1% матерей детей с низким уровнем развития относят болезнь к разряду «очень тяжелых». Интересно то, что в группе детей с высоким уровнем развития этот процент даже выше. Данный факт свидетельствует о субъективном восприятии матерями тяжести болезни ребенка.

В группе с низким уровнем интеллектуального развития детей матери чаще (22,2%), чем в группе с высоким (7,1%) не имеют четких представлений о будущем, оно кажется им неопределенным. Позитивные представления о будущем их детей имеют 66,7% матерей группы с высоким уровнем развития детей и 59,3% – с низким. Эти представления не соответствуют возможностям детей в 21,4% в группе с высоким уровнем развития детей и 11,1% в группе с низким уровнем развития. Несоответствие представлений матери о будущем и возможностями ребенка выражается в том, что некоторые матери детей с ярко выраженной патологией, говорят о том, что «ребенок в будущем станет полностью здоров», «будет выдающимся спортсменом», «будет нормальным как другие дети», «создаст семью, родит детей», «окончит университет» и т.д. Таким образом, большинство матерей предпочитают видеть позитивные перспективы будущего ребенка, а некоторые из них уходят в несбыточные мечты на этот счет.

Матерям детей обеих групп свойственно испытывать разнообразные страхи (55,9% и 85,2% с высоким и низким уровнем развития детей соответственно). Матери чаще всего боятся: «умереть раньше ребенка», «что ребенку станет хуже, появятся осложнения», «что ребенок никогда не поправится», «что ребенок не сможет учиться, работать, создать семью», «что ребенок не сможет ходить, говорить», «что ребенок умрет раньше меня», «что у ребенка будет много комплексов», «что ребенок будет меня упрекать», «страшно рожать второго ребенка».

Печаль в связи с заболеванием ребенка испытывают 24,4% матерей детей высокого уровня развития и 40,7% – низкого уровня развития. Матери признались, что испытывают чувства вины и стыда (19,5% – в группе с высоким уровнем развития детей и 11,1% – в группе с низким), боль и разочарование (12,2% и 22,2% в группах детей с высоким и низким уровнями развития соответственно), тревогу (24,4% и 7,4% в группах детей с высоким и низким уровнями развития соответственно). Присутствует категория матерей, отрицающих наличие каких-либо чувств в связи с заболеванием ребенка (17,1% и 3,7% в группах детей с высоким и низким уровнями развития соответственно): «ничего не чувст-

вую», «все у нас хорошо».

Никто из матерей не указал, что в связи с заболеванием ребенка испытывает гнев, который присутствует как естественная реакция на травмирующее событие. Можно предположить: матери вытесняют гнев, что препятствует процессу принятия болезни. В группе с высоким уровнем развития никто не обозначил, что чувствует любовь к своему ребенку, в группе с низким уровнем любовь испытывают 14,8% матерей. Спектр чувств, испытываемых матерями в отношении болезни детей, в обеих группах схож, но имеет некоторые, хотя и статистически не достоверные отличия (критическое значение  $\chi^2$  при уровне значимости  $p < 0.05$  составляет 14.067).

### Заключение

Итак, отношение матерей к болезни детей, страдающих церебральным параличом, не зависит от уровня интеллектуального развития детей. Матери детей с выраженной интеллектуальной недостаточностью чаще возлагают ответственность за болезнь ребенка на врачей, принимавших у них роды.

Значительное число респонденток обеих групп считают детский церебральный паралич излечимым заболеванием, что не соответствует действительности. Это свидетельствует о нереалистично завышенных ожиданиях матерей от процесса реабилитации. Вместе с этим многие матери детей, как с низким, так и с высоким уровнем развития, считают заболевание ребенка «очень тяжелым». Большинство матерей обеих групп видят будущее ребенка позитивным. Среди этой категории выделяются те, чьи представления о будущем не соответствуют реальным возможностям детей. В группе с низким уровнем развития детей большее число респонденток говорят о будущем ребенка как о «неопределенном».

Матери, воспитывающие детей с церебральным параличом, независимо от уровня интеллектуального развития детей, испытывают в связи с заболеванием негативные чувства, среди которых преобладают страхи и печаль.

Отношение матери к болезни ребенка в большинстве своем нереалистично. Матерям, воспитывающим детей с церебральным параличом, необходимо как можно раньше оказывать психотерапевтическую помощь в проживании психотравмирующей ситуации. Это будет способствовать принятию болезни и реалистичному отношению к ней, что поможет раскрытию возможностей ребенка с церебральным параличом и нормализации психологического состояния матери.

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В. Детские церебральные параличи. Киев : Здоровья, 1988.
2. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб. : Специальная литература, 1996.
3. Ипполитова М. В., Бабенкова Р. Д., Мастюкова Е. М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. М., 1993.
4. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев : Вища школа, 1987. 269 с.
5. Калягин В. А. Логопсихология : учеб. пособие для студ. ВУЗов / 2-е изд., испр. М.: Академия, 2007. 320 с.
6. Кюблер-Росс Э., Семенов К., В. С. Трилис М., О смерти и умирании: пер. с англ. Киев : София, 2001. 320 с.
7. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учеб. пос. для студ. М. : Академия, 2001.
8. Левченко И. Ю., Ткачева В. В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. М. : Просвещение, 2008.
9. Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М. : Владос, 2003. 408 с.
10. Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР; Каган В. Е., Журавлева И. П.) / Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии : метод. пособие. Под ред. Исаева Д. Н., Каган В. Е. СПб. : ПМИ, 1991.
11. Психолого-педагогическая диагностика : учеб. пособие. Под ред. Левченко И. Ю., Забрамной С. Д. М. : Академия, 2008.
12. Семенова К. А. Восстановительное лечение с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом. М. : Закон и порядок, 2007.
13. Стребелева Е. А. «Психолого-педагогическая диагностика развития детей дошкольного возраста». М. : Просвещение, 2009.
14. Тест-опросник родительского отношения Варга А. Я., Столина В. В. URL: [http://diploma.at.ua/publ/vnutrisemejnye\\_otnosheniya/test\\_oprosnik\\_roditelskogo\\_otnosheniya\\_test\\_aja\\_varg\\_a\\_vv\\_stolina/5-1-0-16/](http://diploma.at.ua/publ/vnutrisemejnye_otnosheniya/test_oprosnik_roditelskogo_otnosheniya_test_aja_varg_a_vv_stolina/5-1-0-16/) . Ссылка активна на 10.06.2012.
15. Фюр Г. Запрещенное горе: об ожиданиях и горе, связанных с ребенком, родившимся с функциональными ограничениями. Минск : Минсктиппроект, 2003.

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Badalyan L. O., Zhurba L. T., Timonina O. V. Detskie tserebral'nye paralichi. Kiev : Zdorov'ya, 1988.
2. Isaev D. N. Psikhosomaticheskaya meditsina detskogo vozrasta. SPb. : Spetsial'naya li-teratura, 1996.
3. Ippolitova M. V., Babenkova R. D., Mastyukova E. M. Vospitanie detey s tserebral'nym paralichom v sem'e. M., 1993.
4. Kalizhnyuk E. S. Psikhicheskie narusheniya pri detskih tserebral'nykh paralichakh. Kiev : Vishcha shkola, 1987. 269 s.
5. Kalyagin V. A. Logopsikhologiya : ucheb. posobie dlya stud. VUZov / 2-e izd., ispr. M.: Akademiya, 2007. 320 s.
6. Kyubler-Ross E., Semenov K., V. S. Trilis M., O smerti i umirani: per. s angl. Kiev : Sofiya, 2001. 320 s.
7. Levchenko I. Yu., Prikhod'ko O. G. Tekhnologii obucheniya i vospitaniya detey s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata : ucheb. pos. dlya stud. M. : Akademiya, 2001.
8. Levchenko I. Yu., Tkacheva V. V. Psikhologicheskaya pomoshch' sem'e, vospityvayushchey rebenka s otkloneniyami v razvitii. M. : Prosveshchenie, 2008.
9. Mastyukova E. M., Moskovkina A. G. Semeynoe vospitanie detey s otkloneniyami v razvitii : ucheb. posobie dlya stud. vyssh. ucheb. zavedeniy. M. : Vlados, 2003. 408s.
10. Metodika diagnostiki otnosheniya k bolezni rebenka (DOBR; Kagan V. E., Zhuravle-va I. P.) / Psikhodiagnosticheskie metody v pediatrii i detskoy psikhonevrologii : metod. posobie. Pod red. Isaeva D. N., Kagan V. E. SPb. : PMI, 1991.
11. Psikhologo-pedagogicheskaya diagnostika : ucheb. posobie. Pod red. Levchenko I. Yu., Zabramnoy S. D. M. : Akademiya, 2008.
12. Semenova K. A. Vosstanovitel'noe lechenie s perinatal'nym porazheniem nervnoy sistemy i s detskim tserebral'nym paralichom. M. : Zakon i poryadok, 2007.
13. Strebeleva E. A. «Psikhologo-pedagogicheskaya diagnostika razvitiya detey doskol'nogo vozrasta». M. : Prosveshchenie, 2009.
14. Test-oprosnik roditel'skogo otnosheniya Varga A. Ya., Stolina V. V. URL: [http://diploma.at.ua/publ/vnutrisemejnye\\_otnosheniya/test\\_oprosnik\\_roditelskogo\\_otnosheniya\\_test\\_aja\\_varg\\_a\\_vv\\_stolina/5-1-0-16/](http://diploma.at.ua/publ/vnutrisemejnye_otnosheniya/test_oprosnik_roditelskogo_otnosheniya_test_aja_varg_a_vv_stolina/5-1-0-16/) . Ssylka aktivna na 10.06.2012.
15. Fyur G. Zapreshchennoe gore: ob ozhidaniyakh i gore, svyazannykh s rebenkom, rodivshimsya s funktsional'nymi ogranicheniyami. Minsk : Minsktipproekt, 2003.